



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

**Evolución de la morbilidad y mortalidad en el Hospital
del Niño de Lima, Perú, 1930 -1960**

TESIS

Para optar el Grado Académico de Magíster en Políticas y
Planificación en Salud

AUTOR

Roberto Luis SHIMABUKU AZATO

ASESOR

Carlos Alberto DELGADO BOCANEGRA

Lima, Perú

2019



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Shimabuku, R. Evolución de la morbilidad y mortalidad en el Hospital del Niño de Lima, Perú, 1930 -1960 [Tesis de maestría]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2019.

HOJA DE METADATOS COMPLEMENTARIOS

CÓDIGO ORCID DEL AUTOR:

<https://orcid.org/0000-0001-6156-6786>

CÓDIGO ORCID DEL ASESOR :

<https://orcid.org/0000-0002-6073-8109>

DNI DEL AUTOR:

06684889

GRUPO DE INVESTIGACIÓN

Neonatología

INSTITUCIÓN QUE FINANCIA PARCIAL O TOTALMENTE LA INVESTIGACIÓN:

UBICACIÓN GEOGRÁFICA SIN FINANCIAMIENTO DONDE SE DESARROLLO LA INVESTIGACION.

DEBE INCLUIR LOCALIDADES Y COORDENADAS GEOGRÁFICAS:

LIMA, Ubicación geográfica 150101

COORDENADAS GEOGRÁFICAS:

En grados y minutos decimales:

Longitud : 077° 1' 41.66"

Latitud : S12° 2' 35.45"

AÑO O RANGO DE AÑOS QUE LA INVESTIGACION ABARCÓ

1930 - 1960



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América



Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado
Sección Maestría

ACTA DE GRADO DE MAGISTER

En la ciudad de Lima, a los 27 días del mes de junio del año dos mil diecinueve siendo las 12:00 pm, bajo la presidencia del Dr. Sergio Gerardo Ronceros Medrano con la asistencia de los Profesores: Dr. Luis Enrique Podestá Gavilano (Miembro), Dr. Manuel Hernán Izaguirre Sotomayor (Miembro), Mg. Luis Américo Reátegui Guzmán (Miembro) y el Dr. Carlos Alberto Delgado Bocanegra (Asesor); el postulante al Grado de Políticas y Planificación en Salud, Bachiller en Medicina, procedió a hacer la exposición y defensa pública de su tesis Titulada: **"EVOLUCIÓN DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN EL HOSPITAL DEL NIÑO DE LIMA, 1930-1960"** con el fin de optar el Grado Académico de Magíster en Políticas y Planificación en Salud. Concluida la exposición, se procedió a la evaluación correspondiente, habiendo obtenido la siguiente calificación **B MUY BUENO 18**. A continuación el Presidente del Jurado recomienda a la Facultad de Medicina se le otorgue el Grado Académico de **MAGÍSTER EN POLÍTICAS Y PLANIFICACIÓN EN SALUD** al postulante **ROBERTO LUIS SHIMABUKU AZATO**.

Se extiende la presente Acta en tres originales y siendo las 12:55 pm, se da por concluido el acto académico de sustentación.

Dr. Luis Enrique Podestá Gavilano
Profesor Principal
Miembro

Dr. Manuel Hernán Izaguirre Sotomayor
Profesor Principal
Miembro

Mg. Luis Américo Reátegui Guzmán
Profesor Principal
Miembro

Dr. Carlos Alberto Delgado Bocanegra
Profesor Auxiliar
Asesor

Dr. Sergio Gerardo Ronceros Medrano
Profesor Principal
Presidente

RECONOCIMIENTOS

A mi Asesor, Dr. Carlos Alberto Delgado Bocanegra

Doctor en Epidemiología, por sus comentarios y aportes
en la elaboración de la tesis.

A la Unidad de Estadística, de la Oficina de Estadística e Informática del Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN), otrora Hospital del Niño, por la colaboración brindada en la recolección de datos.

A la Oficina de Comunicaciones del INSN, por las fotografías de la época

A la Biblioteca de la Facultad de Medicina, que facilitó la mayor parte de las referencias bibliográficas.

A mi esposa Graciela, que ha visto con paciencia y constante aliento el largo periodo transcurrido desde las ideas iniciales de la tesis.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
RESUMEN	4
CAPITULO 1: INTRODUCCION	6
CAPITULO 2: MARCO TEÓRICO	12
CAPITULO 3: METODOLOGIA	17
CAPITULO 4: RESULTADOS	22
CAPITULO 5: DISCUSION	39
CONCLUSIONES	41
RECOMENDACIONES	42
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	43

LISTA DE CUADROS	Pág
Cuadro 1 Diagnósticos más frecuentes de los egresos año 1940	25
Cuadro 2 Letalidad de las enfermedades año	26
Cuadro 3 Diagnósticos más frecuentes de los egresos año 1950	27
Cuadro 4 Letalidad de las enfermedades año 1950	28
Cuadro 5 Diagnósticos más frecuentes de los egresos año 1960	29
Cuadro 6 Letalidad de las enfermedades año 1960	30
Cuadro 7 Movimiento de enfermos años 1931 a 1960	31

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Las teorías de la mortalidad y la morbilidad en salud pública	16
Figura 2. Morbilidad por grupos de enfermedades	34
Figura 3 Comparación de la tendencia de la carga de enfermedad por grupos	35
Figura 4 Proyección al escenario del año 2020	36
Figura 5 Tendencias de la mortalidad en el Hospital del Niño 1931-1960	37
Figura 6. Tendencias en egresos y fallecidos en el Hospital del Niño, 1931-1960	38

LISTA DE FOTOGRAFIAS

Foto 1. Inauguración del Hospital, 1929	8
Foto 2. Edificio en 1929	8
Foto 3. Conmemoración 30° aniversario	9
Foto 4. Edificio en 1959	9
Foto 5. Tomos revisados 1940, 1950 y 1960	20
Foto 6. Lista de historias clínicas ordenados por apellidos y nombres	20
Foto 7. Lista de historias clínicas ordenados por diagnósticos	21
Foto 8. Libro de sala de operaciones.	21

RESUMEN

Objetivo: Describir las tasas de morbilidad y de mortalidad de niños hospitalizados en el Hospital del Niño, hoy Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN), desde 1931 hasta 1960 y sus tendencias. *Material y métodos:* Estudio descriptivo comparativo con enfoque histórico epidemiológico. Se utilizaron como fuente de datos los archivos de la Oficina de Estadística del INSN. *Resultados:* Desde 1931 hasta 1939 el total de fallecidos fue 5 391 de un total de 18 561 hospitalizados y una mortalidad de 29,04 %. Desde 1940 hasta 1949 hubo 44 959 hospitalizados con una tasa de mortalidad de 18,26 %. Desde 1950 hasta 1959 hubo 63 059 niños hospitalizados y con una tasa de mortalidad de 17,96 %. Más del 60 % de las enfermedades pertenecieron al grupo I (enfermedades transmisibles, maternas, perinatales, desnutrición) frente al grupo II (enfermedades no transmisibles) y grupo III (accidentes y lesiones) en 1940, 1950 y 1960. Se realizó un test no paramétrico de tendencia y se verificó que la tendencia observada en los valores agrupados es significativa ($p = 0,007$). *Conclusión:* En los años 1940, 1950 y 1960 la morbilidad observada tenía tendencia a disminuir en el grupo I y a aumentar en el grupo II. También hubo un descenso de la mortalidad hospitalaria.

Palabras clave (DeCS): Hospitales Pediátricos, Morbilidad, Mortalidad, Historia del Siglo XX, Perú.

ABSTRACT

Objective: To describe the rates of morbidity and mortality of children hospitalized at the Children's Hospital at Lima, today National Institute of child health (INSN), from 1931 until 1960 and its trends. *Material and methods:* comparative descriptive study with historical epidemiological approach were used as data source files of the Bureau of statistics of the INSN. *Results:* From 1931 until 1939 the total number of dead was 391 5 of a total of 18 561 hospitalized and 29.04% mortality. From 1940 until 1949 there were 44 959 hospitalized with a rate of mortality 18, 26%. There were 63 059 children hospitalized and with a mortality rate of 17.96% from 1950 to 1959. More disease 60% belonged to the Group I (communicable, maternal, perinatal diseases, malnutrition) compared with Group II (non-communicable diseases) and group III (accidents and injuries) in 1940, 1950 and 1960. We conducted a non-parametric test of trend and it was verified that the trend observed in the grouped values is significant ($p = 0.007$). *Conclusion:* In 1940, 1950 and 1960 the observed morbidity had a tendency to decrease in Group I and increase in Group II. There was also a decline in hospital mortality

Keywords (MeSH): Hospitals, pediatric, indicators of morbidity and mortality, 20th century, Peru

CAPITULO 1: INTRODUCCION

El Hospital del Niño fue inaugurado el 1 de noviembre de 1929. Actualmente lleva el nombre de Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN) desde 1983.

Fue el único establecimiento de salud dedicado exclusivamente a la atención de niños y adolescentes en el Perú (Morey, 1954), hasta que se terminó de construir en el 2011 un nuevo local en el distrito de San Borja (INSN, 2014).

Cuando se inauguró tomó el nombre de Julia Swayne de Leguía, esposa del Presidente Leguía. Los acontecimientos políticos, ocurridos con la caída del Presidente Augusto B. Leguía en agosto de 1930, conllevó al cambio del nombre original al de Hospital del Niño, nombre que es usado hasta la actualidad por la población.

El Arzobispo Emilio Lisson que había bendecido el hospital cuando se inauguró tuvo que dejar el cargo, bajo acusaciones controversiales luego de acompañar la gestión de Leguía durante 11 años. El primer Director Carlos Krumdieck dejó el cargo al Dr. Eduardo Goicochea (Fotos 1 y 2).

Treinta años después el Presidente Manuel Prado asistió a la ceremonia conmemorativa (Foto 3) y la fachada original había ya sufrido cambios notorios (Foto 4).

Al año siguiente, dos meses desde su inauguración, el 2 de enero de 1930, el antiguo local empezó a atender pacientes, casi simultáneamente en forma ambulatoria, e internamientos.

El propósito del estudio es describir las enfermedades que afectaban a los niños que se hospitalizaban, así como también la letalidad de ellas, en el periodo 1930 a 1960, y sus tendencias.

Estos datos podrían reflejar el perfil epidemiológico del país, en el periodo 1930 a 1960. Las teorías prevalentes en salud pública para explicar cambios en la incidencia, y letalidad de las enfermedades son las teorías de transición epidemiológica (Omran, 1998) y transición sanitaria (Frenk, 1991). El estado de salud de las poblaciones a través del estudio de la carga global de las enfermedades ha sido reportado ampliamente en una publicación de Harvard School of Public Health en nombre de la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial (Murray, 1996).



Foto 1. El día de la inauguración, 1 de noviembre de 1929, como Hospital de Niños Julia Swayne de Leguia, nombre de la esposa del Presidente que había fallecido 10 años antes. El presidente Leguia está al medio con sombrero de copa y bastón. A la derecha el Arzobispo de Lima Emilio Lisson . Entre ellos, en segundo plano, el Director Carlos Krumdieck Evein



Foto 2. Fue construido con moldes neoclásicos. Nótese el frontón triangular y el friso con el nombre del Hospital del Niño en la parte superior de la fachada. Hay otro frontón más pequeño con volutas, encima de la puerta principal.



Foto 3. Al cumplir 30 años, el presidente Manuel Prado visitó el Hospital del Niño. En la foto condecorando al Dr. Jorge de la Romaña Plazolles, médico fundador. A la izquierda el Director Gilberto Morey. A la derecha el Ministro de Salud Guillermo Garrido Lecca.



Foto 4. Fachada del Hospital del Niño en 1959. Ya no tiene el frontón triangular encima del tercer piso. Aún conserva el pequeño frontón triangular con volutas de la puerta principal, y los balcones del segundo piso. El retiro municipal, desapareció años después.

1.1 Situación Problemática

No conocemos las cifras de morbilidad y mortalidad de los primeros 30 años de funcionamiento del Hospital del Niño de Lima I y su evolución desde 1930 a 1960.

Luego de ese periodo comenzaron a tener gran difusión y relevancia las teorías demográfica, epidemiológica y sanitaria para explicar los cambios en la mortalidad de las poblaciones, en la frecuencia de las enfermedades y los cambios en la atención de la salud.

No sabemos si dichas teorías, aunque ideados para la salud pública, podrían explicar los cambios de la morbimortalidad de los pacientes atendidos en el hospital. ¿Es posible explicar la evolución de la morbimortalidad hospitalaria en base a dichas teorías?

Entonces necesitamos conocer los datos de morbilidad y mortalidad del hospital del niño para especular y tratar de explicar lo que ocurrió en dicho periodo.

1.2 Formulación del Problema

¿Cuál ha sido la evolución de la morbilidad y mortalidad en el Hospital del Niño de 1930 a 1960?

1.3 Justificación

La mortalidad es un hecho trascendental en la vida de las personas y de la sociedad, y la morbilidad un problema de la mayor importancia en la condición y nivel de salud de las personas y de la sociedad. Conocer su evolución a través de los años permitirá observar sus tendencias y como los cambios en la sociedad en sus más amplias dimensiones ha influido en el nivel de salud de la población. Habiendo sido el único establecimiento de salud dedicado exclusivamente a la atención de niños, los datos estadísticos del hospital en

morbilidad y mortalidad deben reflejar de manera general la situación de salud de los niños en el país en el periodo 1930 a 1960.

1.4 Objetivos:

1.4.1 Objetivo general:

Describir y explicar las tendencias de la morbilidad y mortalidad de los pacientes que acudieron al Hospital del Niño de Lima en el periodo 1930 – 1960.

1.4.2. Objetivos específicos

1.4.2.1 Describir y explicar las tendencias de morbilidad y mortalidad en la década de 1931 a 1940, tomando como base el año 1940

1.4.2.2 Describir y explicar las tendencias de morbilidad y mortalidad en la década de 1941 a 1950, tomando como base el año base 1950

1.4.2.3 Describir y explicar las tendencias de morbilidad y mortalidad en la década de 1951 a 1960 tomando como base el año 1960

CAPITULO 2: MARCO TEORICO

Una de las definiciones que más se acerca al propósito de esta tesis es que la epidemiología es “...*el estudio de la distribución de las enfermedades en el hombre y de los factores que determinan su frecuencia...*” (MacMahon, & Pugh, 1970). La epidemiología es la expresión de la salud de la población.

En 1929 Warren Thompson, notable demógrafo norteamericano, publicó su trabajo en la que planteaba la teoría de la transición demográfica

Asimismo, Thompson introdujo la noción de fases:

Una fase pretransicional, con alta tasa natalidad pero con tasas fluctuantes de mortalidad que repercutían en el crecimiento de la población.

Una fase transicional, con la disminución de la mortalidad inicial y luego la disminución de la tasa de natalidad. La velocidad de estos cambios determinaron las fluctuaciones en el crecimiento poblacional.

Una fase postransicional, con bajas tasas de mortalidad y de natalidad, con una nueva estabilidad en el crecimiento poblacional.

T. McKeown, en 1978, explicó que el descenso de la mortalidad desde finales del siglo XVIII hasta finales del siglo XX, cuando formuló su teoría se debió sobre todo a una mejoría progresiva en la alimentación de la población. Según él se fortaleció la capacidad de resistencia a las enfermedades infectocontagiosas. Luego del mejoramiento nutricional, se continuó secuencialmente con el saneamiento ambiental, disminución de la tasa de nacimientos y los avances en el tratamiento médico.

En la transición demográfica se entrecruzan muchas variables, cada una de las cuales influye más o menos, dependiendo del país y del momento histórico, y

de la existencia de pobreza y de educación como arguye .Livi – Bacci en 1988, sin dejar de lado la alimentación.

El siguiente avance en las teorías, que incluye esta vez la morbilidad, es la teoría de la transición epidemiológica.

Desde 1970 dos teorías han tenido gran influencia en la gestión de políticas en la salud pública; la teoría de la transición epidemiológica y la teoría de la transición sanitaria. Ellas tratan de explicar el descenso de la mortalidad y el patrón epidemiológico cambiante a lo largo del tiempo.

En 1971 Abdul Rahim.Omran publicó su estudio clásico, citado miles de veces, sobre la declinación a lo largo del tiempo de las enfermedades infecciosas y parasitarias y el aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas, con medidas apropiadas de salud pública y saneamiento.

Esta teoría, que tuvo como punto inicial la epidemiología, e inicialmente Omran clasificó la transición epidemiológica en tres etapas : *la edad de la peste y el hambre, la edad de las pandemias retraídas y la edad de enfermedades degenerativas y las causadas por el hombre* . Y propuso tres modelos explicativos: modelo occidental o clásico, modelo acelerado y modelo contemporáneo o retrasado.

Treinta años más tarde Omran propone dos etapas más: etapa de la declinación cardiovascular, el envejecimiento, la modificación de los estilos de vida y las enfermedades emergentes. La quinta etapa es la etapa de la calidad esperada. También se añadió 3 modelos explicativos adicionales de transición epidemiológica: rápido, intermedio y lento (Omran, 1998)

De acuerdo con Frenk y colaboradores (Frenk, 1991), La mayoría de países en América Latina están atravesando por un modelo de transición epidemiológico que han denominado “modelo polarizado prolongado” cuyas

características son: coexistencia de enfermedades pre y postransicionales, resurgimiento de enfermedades que se creían controladas; la morbilidad mixta parece estancada en el tiempo (de ahí deviene el término prolongado), polarización epidemiológica entre los países, dentro de un mismo país o entre las clases sociales (de ahí deviene el término polarizado) .Con Omran la teoría epidemiológica tiene una visión eurocentrista mientras que Frenk tiene una visión centrada en los países en vías de desarrollo, entre ellos los latinoamericanos.

En otras palabras la teoría de la transición epidemiológica de Omran está basada en cambios de la mortalidad y la de Frenk da mayor énfasis a la morbilidad.

Ambas teorías la de Omran (Vera Bolaños, 2000) y la de Frenk han recibido críticas (Gomez, 2001) considerando que la noción de transición pretenden legitimar las reformas sanitarias con las políticas impuestas por los organismos internacionales a los países no industrializados.

Huynen y col. en el 2005, encuentran las características que hacen del Perú un modelo de transición epidemiológica, polarizado y prolongado: la declinación de la mortalidad en tiempo menor al de la mayoría de países occidentales, empezando a mediados del siglo XX y casi culminando antes de la entrada del siglo XXI, En la mayoría de países occidentales empezó a mediados del siglo XVIII y duró la tercera década del siglo XX. También la coexistencia de enfermedades infectocontagiosas y enfermedades crónicas y degenerativas a lo largo de la segunda mitad del s. XX.

Hay también una clara diferencia entre las posibilidades de asistencia sanitaria de poblaciones de quintil superior de riqueza y educación y el quintil inferior, entre en el área urbana y rural agravado por lo agreste de nuestra geografía. Finalmente, la reemergencia de enfermedades como malaria, tuberculosis, malaria y dengue .

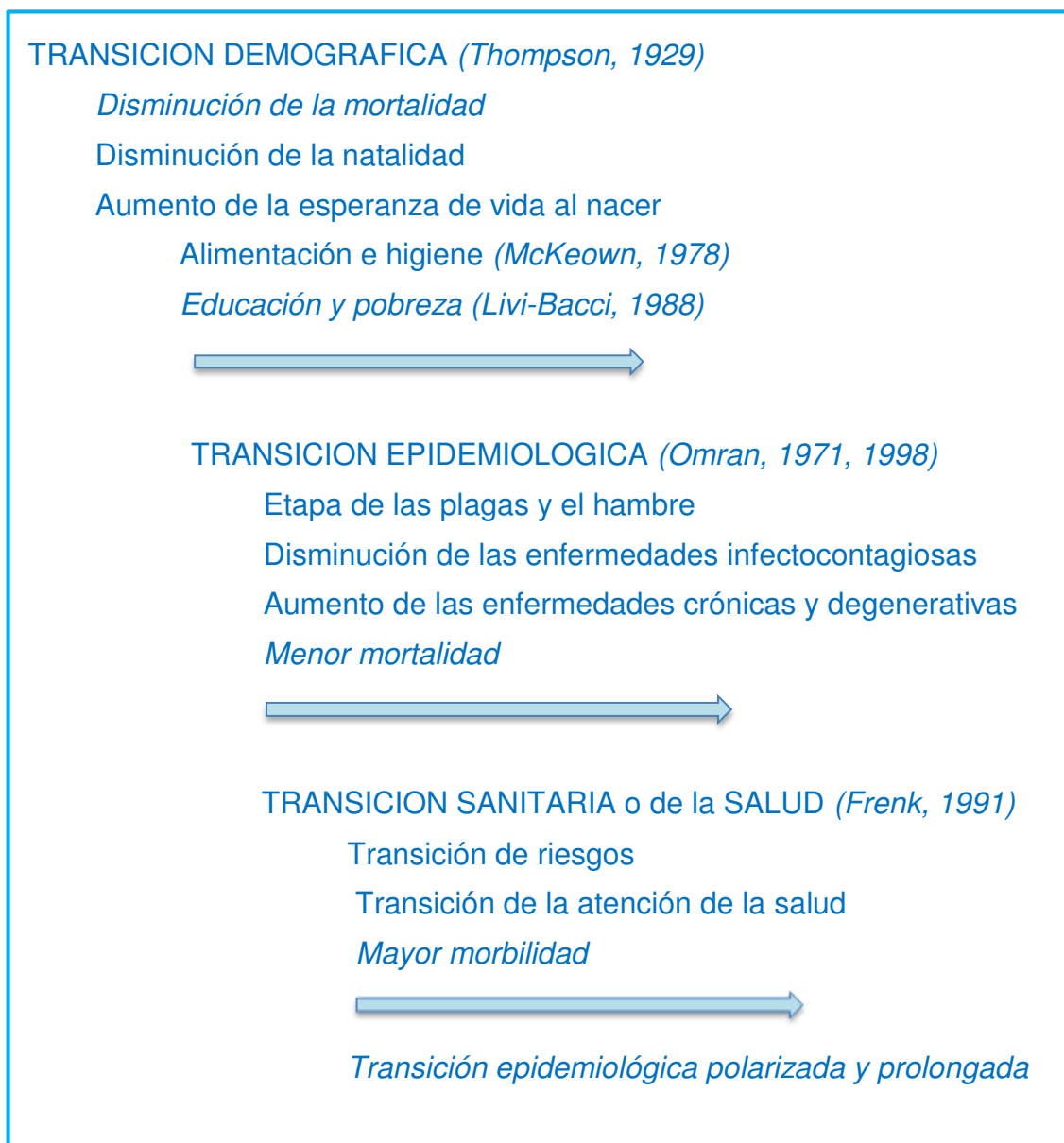
Los estudios de carga de enfermedad en América Latina teniendo en cuenta el indicador de Años de Vida Saludables perdidos (AVISA) con una metodología

desarrollada por Murray y López en 1996 , empezaron en la década delos 90 , incluyendo al Perú. Según el reporte de Gómez-Dantés y col del 2011,. en seis países estudiados había un predominio de enfermedades no transmisibles: México, Chile, Colombia, Brasil, Costa Rica y Perú.

Los AVISA resultan de la suma de los años de vida perdidos por muerte prematura (AMP) y los años vividos con discapacidad (AVD).

En la figura 1 está esquematizada las grandes teorías en salud pública sobre la mortalidad y la morbilidad de las poblaciones y sus determinantes, todas ellas desarrolladas a lo largo del siglo XX, generando grandes controversias entre los salubristas.

Figura 1. Las teorías de la mortalidad y la morbilidad en salud pública



Fuente: elaboración propia

CAPITULO 3: METODOLOGIA

Este es un estudio descriptivo comparativo con enfoque histórico epidemiológico. Se han revisado los archivos que se encuentran en la Oficina de Estadística e Informática del Instituto Nacional de Salud del Niño de Breña. No se encontraron documentos anteriores a 1940.

Debemos tener en cuenta las imprecisiones en los diagnósticos y el registro de datos trasladados de las historias clínicas a los libros en hojas mecanografiadas. El más antiguo fue el que contiene datos de pacientes hospitalizados en 1940. Igualmente encontramos documentos de 1950 y 1960, que hemos revisado como años representativos (Foto 5). El año de 1940 representa el décimo primer año de funcionamiento del Instituto.

Los documentos de 1940, 1950 y 1960 son textos mecanografiados. Se tomaron los volúmenes de 1940, 1950 y 1960 como años base para el estudio de la morbilidad. Las referencias bibliográficas completaron la evolución de la mortalidad desde 1931. No hubo datos disponibles de morbilidad y mortalidad de 1930 aunque el Hospital empezó a funcionar el 2 enero del 1930, con consultorios externos y hospitalizaciones.

El más antiguo tiene el título de Índice General de Historias Clínicas 1940. En la carátula se señala que tiene dos partes: la primera se refiere a los apellidos y nombres, páginas del 1 al 60 (Foto 6) y la segunda por diagnósticos, páginas del 61 al 113 (Foto 7) . Tiene 5 columnas: Nombres, Diagnóstico, Edad, HC (historia clínica), T. (tomo). Están ordenados empezando por el Pabellón No.1.- A, No.1.-B, No.2.-A, No.2.-B, No. 2, No.3.- Piel, No.3.-Otorrino, No.4.- Cirugía, No. 5.- Cirugía, No. 6.- Tuberculosis, No.7.- Infecto Contagiosas. La segunda parte tiene también columnas, pero primero están los diagnósticos, luego los

nombres, edad, HC. y tomo. Los pabellones 3,4 y 5 ya no existen, y han sido sustituidos por el monoblock de 8 pisos que fue construido en 1968.

El siguiente documento es del año 1950 con el título de Índice General de Historias Clínicas. Tiene en forma similar al anterior dos partes: uno por apellidos y el siguiente por diagnósticos.

El último documento revisado para este reporte es del año 1960. Tiene dos partes: la primera y la segunda tienen 5 columnas: Nombre, diagnóstico, edad (años meses), Historia Clínica (Hist.Clin.) Número y Tomo. En la segunda parte se invirtieron las dos primeras columnas: diagnóstico, nombre, Hist. Clin. Número, Tomo . Había también un libro de sala de operaciones (Foto 8).

Se revisaron también los volúmenes o tomos de la Revista del Hospital del Niño, que empezó a publicarse en 1939. Los artículos contienen muchos datos estadísticos, algunos de los cuales se remontan hasta 1930, año del inicio del funcionamiento del Hospital del Niño.

Para estudiar las tendencias de las enfermedades o carga de enfermedad se agruparon en tres grandes grupos (OPS, 1999)

Grupo I: enfermedades transmisibles, maternas, perinatales, y nutricionales

Grupo II: enfermedades transmisibles

Grupo III: accidentes y lesiones.

Como una de las fuentes históricas, se consultó la Revista Peruana de Pediatría (Arce-Rodriguez, 2000), cuyo primer número apareció en junio de 1942 y continua publicándose hasta hoy.

Se encontraron varios términos diagnósticos que actualmente ya están en desuso y que se usaban habitualmente en los archivos revisados:

La toxicosis (Garces,1952) es un síndrome (aunque el autor escribe sindroma) propio del lactante, cuyo síntoma eje es la diarrea. El mecanismo patogénico

es único, reconociendo como elemento fundamental al trastorno del metabolismo hidrosalino.

Los trastornos nutritivos del lactante (Garrahan, 1950) o distrofias carenciales del lactante, fueron calificados como: distrofia simple, distrofia grave o descomposición o atrepsia. Aparte menciona a diarrea del lactante (dispepsia o colitis) y toxicosis o deshidratación aguda.

La información fue tabulada y presentada con frecuencias absolutas de los diagnósticos y con el porcentaje de letalidad donde hubo fallecidos. Las tendencias por grupos de enfermedad se graficaron usando el programa MS Excel y se compararon con el paquete estadístico Stata v.12 (StataCorp, 2011).

The image shows an open book with two pages of a clinical history list. The left page is titled "DIAGNOSTICOS" and the right page is titled "NOMBRES". The entries are organized by diagnostic categories like "Fiebre", "Dermatitis", "Pielitis", etc., and then by patient names and dates. The handwriting is in Spanish and the text is dense.

Foto 7. Lista de historias clínicas ordenados por diagnósticos.

Fuente: INSN

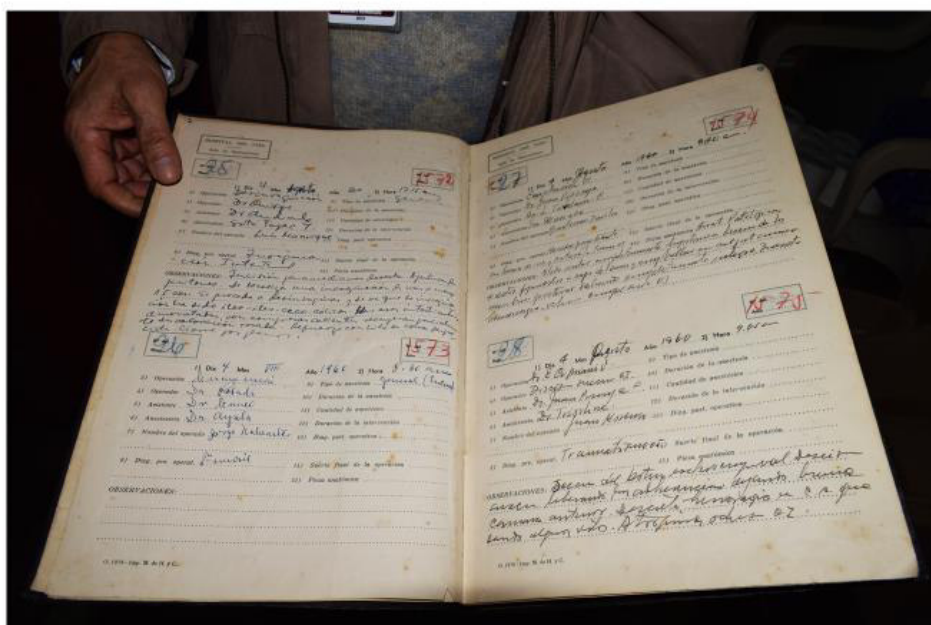


Foto 8. Libro de sala de operaciones 1960. Fuente: INSN

CAPITULO 4: RESULTADOS

Morbimortalidad 1930- 1939

Desde 1931 hasta 1939 el total de fallecidos fue 5 391 de un total de 18 561 hospitalizados con una mortalidad de 29,04 %, siendo las cifras de lactantes mayores que los de un año o más, tanto en cifras absolutas como porcentajes (Primer Congreso, 1943).

En los datos encontrados en los archivos del Hospital se separan las cifras de mortalidad en menores de un año y los de más de 1 año como mortalidad general.

En 1931, la tasa de mortalidad para menores de un año fue de 50 % y para los de 1 año o más fue de 15,3 %, o sea 3 veces menor. Las cifras para infantes de un mes, fue 64,1 % en 1936 (Suarez, 1940).

En los datos encontrados no hay división por género.

Hay estudio en que se revisa las enfermedades infectocontagiosas de 1930 hasta 1939 en el Hospital del Niño (Rospigliosi, 1943). Se menciona entre otras cifras, destacando las cifras relativas de mortalidad: difteria 568 casos hospitalizados, con una letalidad de 17,2 %; paludismo, hospitalizados 473, con una letalidad de 9,8 %; coqueluche, 675 hospitalizados y una letalidad de 14,2 % ; sarampión 809 internados , falleciendo el 8,2 %; fiebre tifoidea, internados 728 , falleciendo 12,05 % ; varicela, 177 internados , 2 fallecidos; fiebre Malta, 56 casos, 1 fallecido.

Hay un estudio complementario de 1940 a 1942 sobre enfermedades infectocontagiosas con datos a nivel nacional. Aunque la vacuna antivariólica se usó desde principios del siglo XX, la viruela fue frecuente sobre todo fuera de Lima, en Cusco, Puno y Junín (Filomeno, 1943).

En 1940, las enfermedades mas letales fueron: meningitis , descomposición, toxicosis , bronconeumonia , distrofia , tuberculosis , coqueluche , otitis , difteria faringea , dispepsia . La mayoría pertenecientes al grupo I.

Morbimortalidad 1940 (Cuadros 1 y 2)

Desde 1940 hasta 1949 hubo 44 959 niños hospitalizados y 8 211 defunciones con una tasa para el decenio de 18,26 %.

En el año 1940 podemos notar el gran predominio de enfermedades transmisibles en los primeros lugares. Nótese que de las 10 primeras causas de morbilidad, 9 son de naturaleza infecciosa.

Hay un diagnóstico que ya desapareció en la literatura médica, el de embarazo gástrico (Grisolle,1846), con 13 casos. Otros diagnósticos que ya desaparecieron son toxicosis y descomposición. Los casos de meningitis ocupan el último lugar en frecuencia sin embargo es el de mayor letalidad. Los casos de lúes congénita fueron motivo de hospitalización. El cuarto lugar lo constituyen las fracturas, y con menor frecuencia las quemaduras, que pertenecen al Grupo III.

Morbimortalidad 1950 (Cuadros 3 y 4)

Desde 1950 hasta 1959 hubo 63 059 niños hospitalizados y 11 325 defunciones con una tasa para el decenio de 17,96 % .(Tapia, 1958, 1962)

Diagnósticos como dispepsia, distrofia, toxicosis, aparecen como en 1940. Aparece paracitismo, aunque debiera aparecer como parasitismo. Tuberculosis es frecuente. Notamos que hay diagnósticos de cardiopatía congénita y carditis reumática. También verruga peruana.

En 1950 las enfermedades más letales fueron: atrepsia, tétano, toxicosis, meningitis, tuberculosis, nefrosis, bronconeumonia, enterocolitis, imperforación anal, septicemia . La mayoría son del grupo I

Morbimortalidad 1960 (Cuadros 5 y 6)

Aparece como diagnóstico deshidratación, pero continúan apareciendo diagnósticos como dispepsia, atrepsia y toxicosis.

Atricción tiene 11 diagnósticos, con 2 fallecidos. Atricción viene del latín *attritio*, significa trituración, contusión, aplastamiento (Dabout, 1967).

Las enfermedades mas letales fueron: atrepsia, septicemia, tetanos, prematuridad, atresia, bronconeumonia, gastroenteritis, lues congenita, toxicosis, cardiopatía congenita. La mayoría son del grupo I.

El cuadro 7 muestra las cifras de egresados y fallecidos y el porcentaje de mortalidad desde 1931 a 1960.

TABLA 1. DIAGNOSTICOS MÁS FRECUENTES DE LOS EGRESOS. HOSPITAL DEL NIÑO DE LIMA. PERU. 1940

No.	DIAGNÓSTICOS	NÚMERO DE CASOS	GRUPO
1	Coqueluche	289	I
2	Tuberculosis	247	I
3	Tifoidea	225	I
4	Bronconeumonía	212	I
5	Sarampión	211	I
6	Fracturas	180	III
7	Difteria Faríngea	159	I
8	Paludismo	143	I
9	Neumonía	103	I
10	Amigdalitis y vegetaciones adenoideas	99	II
11	Toxicosis	90	II
12	Bronquitis	76	I
13	Gripe	74	I
14	Distrofia	61	I
15	Hipertrofia amigdalina	56	II
16	Acarosis	55	I
17	Quemaduras	47	III
18	Empiema pleural	45	I
19	Dispepsia	44	II
20	Hernia inguinal	42	II
21	Abceso	33	II
22	Impétigo	31	I
23	Vegetaciones	31	II
24	Apendicitis	30	II
25	Herida contusa, cortante, infectada	30	III
26	Conmoción cerebral	29	III
27	Pleuresía	28	II
28	Mastoiditis	27	I
29	Varicela	27	I
30	Contusiones múltiples	25	III
31	Pielitis	25	II
32	Meningitis	22	I
33	Labio leporino	21	II
34	Otitis	19	I
35	Flemón ingui,del cuello, amigd,músculo	18	II
36	Osteomielitis	16	II
37	Parálisis	15	II
38	Descomposición	14	I
39	Embarazo gástrico	13	II
40	Eczema	12	II
41	Glomerulonefritis	12	II
42	Heredero de lúes	10	I
43	Epilepsia	8	II
44	Lúes congénita, ósea		I

Fuente: Elaboración propia basada en archivos de la Oficina de Estadística e Informática (OEI) del Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN); Lima, Perú . Grupo I, enfermedades transmisibles; Grupo II, enfermedades no transmisibles. Grupo III, accidentes y lesiones.

TABLA 2. LETALIDAD DE LAS ENFERMEDADES. HOSPITAL DEL NIÑO de LIMA. PERU.
1940

NO.	DIAGNÓSTICO	EGRESOS	FALLECIDOS	ALTAS	PORCENTAJE
1	Meningitis	22	19	3	86,36 %
2	Descomposición	14	9	5	64,29
3	Toxicosis	90	44	46	51,11
4	Bronconeumonía	212	119	93	43,87
5	distrofia	61	35	26	42,62
6	tuberculosis	247	143	104	42,11
7	coqueluche	289	227	62	21,45
8	otitis	19	16	3	15,8
9	Difteria faríngea	159	134	25	15,72
10	dispepsia	44	38	6	13,64
11	osteomielitis	16	14	2	12,5
12	sarampión	211	188	23	10,9
13	pleuresía	28	25	3	10,71
14	quemaduras	47	42	5	10,64
15	parálisis	15	14	1	6,66
16	tifoidea	225	214	11	4,88
17	neumonía	103	98	5	4,85
18	paludismo	143	137	6	4,2
19	Contusiones múltiples	25	24	1	4,00
20	mastoiditis	27	26	1	3,7
21	apendicitis	30	29	1	3,33
22	abceso	33	32	1	3,03
23	grippe	74	73	1	1,35
24	bronquitis	76	75	1	1,31
25	fracturas	180	178	2	1,11

Fuente: Elaboración propia en base a los archivos del INSN

TABLA 3. DIAGNOSTICOS MÁS FRECUENTES DE LOS EGRESOS.
Hospital del Niño de LIMA. PERU. 1950

No.	DIAGNÓSTICOS	NÚMERO DE CASOS	GRUPO
1	Bronconeumonía	1195	I
2	Sarampión	533	I
3	Coqueluche	347	I
4	Distrofia	336	I
5	Amigdalitis	330	II
6	Dispepsia	330	II
7	Toxicosis	311	II
8	Enterocolitis	300	I
9	Tuberculosis	283	I
10	Quemaduras	170	III
11	Fracturas	169	III
12	Tifoidea	159	I
13	Acarosis	155	I
14	Traumatismo craneoencefálico	134	III
15	Avitaminosis	131	I
16	Hernia	119	II
17	Gripe	104	I
18	Vegetaciones	103	II
19	Heridas	71	III
20	Traumatismo múltiple	70	III
21	Neumonía	57	I
22	Nefritis	57	II
23	Apendicitis	51	II
24	Otitis	48	I
25	Lúes	45	I
26	Complejo primario fibrocásea	42	I
27	Osteomielitis	36	II
28	Conmoción cerebral	33	III
29	Paracitismo	32	I
30	Meningitis	31	I
31	Tétano	30	II
32	Atrepsia	28	I
33	Impétigo	24	I
34	Poliomielitis	24	I
35	Forunculosis	22	I
36	Varicela	22	I
37	Laringotraqueobronquitis	21	I
38	Reumatismo	21	II
39	Mastoiditis	20	I
40	Cardiopatía congénita	19	I
41	Laringotraqueitis	19	I
42	Carditis reumática	18	II
43	Tiña	17	I
44	Paludismo	13	I
45	Imperforación anal	12	II
46	Luxación	12	III
47	Verruga peruana	7	I
48	Nefrosis	5	II

Grupo I, enfermedades transmisibles; Grupo II, enfermedades no transmisibles. Grupo III, accidentes y lesiones.

Fuente: Elaboración propia en base a los archivos del INSN.

Tabla 4. Letalidad de las enfermedades. Hospital del Niño de Lima. Perú.1950.

No.	Diagnósticos	Egresos	Fallecidos	Altas	Porcentaje
1	Atrepsia	28	25	3	89,29
2	Tétano	30	23	7	76,6
3	Toxicosis	311	234	77	75,24
4	Meningitis	31	20	11	64,52
5	Tuberculosis	283	123	160	43,46
6	Nefrosis	5	2	3	40,00
7	Bronconeumonía	1195	445	750	37,24
8	Enterocolitis	300	101	199	33,67
9	Imperforación anal	12	4	8	33,33
10	Septicemia	3	1	2	33,33
11	Avitaminosis	131	43	88	32,82
12	Cardiopatía congénita	19	6	13	31,58
13	Distrofia	336	105	231	31,25
14	Dispepsia	330	73	257	22,12
15	Laringotraqueobronquitis	21	4	17	19,05
16	Coqueluche	347	56	291	16,14
17	Paludismo	13	2	11	15,38
18	Verruga peruana	7	1	6	14,29
19	Forunculosis	22	3	19	13,63
20	Quemaduras	170	23	147	13,53
21	Neumonía	57	7	50	12,28
22	Laringotraqueitis	21	4	17	19,05
23	Acarosis	155	16	139	9,70
24	Traumatismo craneoencefálico	134	13	121	9,70
25	Complejo primario fibrocáseo	42	4	38	9,52
26	Conmoción cerebral	33	3	30	9,09
27	Varicela	22	2	20	9,09
28	Poliomielitis	24	2	22	8,33
29	Sarampión	533	37	496	6,94
30	Otitis	48	3	45	6,25
31	Paracitismo	32	2	30	6,25
32	Tifoidea	159	9	150	5,66
33	Carditis reumática	18	1	17	5,56
34	Gripe	104	5	99	4,81
35	Reumatismo	21	1	20	4,76
36	Fracturas	169	8	161	4,73
37	Impétigo	24	1	23	4,17
38	Apendicitis	51	2	49	3,92
39	Hernia	119	4	115	3,36
40	Traumatismos múltiples	70	2	68	2,86
41	Heridas	71	2	69	2,82
42	Lúes	45	10	35	2,22
43	Vegetaciones	103	1	102	0,97
44	Amigdalitis	330	2	328	0,61

Fuente: Elaboración propia en base a los archivos del Instituto Nacional de Salud de Niño

TABLA 5. DIAGNOSTICOS MÁS FRECUENTES DE LOS EGRESOS.
Hospital del Niño de LIMA. PERU.1960

No.	DIAGNÓSTICOS	NÚMERO DE CASOS	GRUPO
1	Bronconeumonía	1091	I
2	Deshidratación	704	I
3	Amigdalitis	645	II
4	Sarampión	439	I
5	Vegetaciones	399	II
6	Otitis	307	I
7	Dispepsia	297	II
8	Hernias	285	II
9	Bronquitis	257	I
10	Fracturas	221	III
11	Poliomielitis	216	I
12	Quemaduras	199	III
13	Enterocolitis	190	I
14	Traumatismo encefalocraneno	154	I
15	Tuberculosis	136	I
16	Distrofia	135	I
17	Glomerulonefritis	130	II
18	Tifoidea	125	I
19	Laringotraqueobronquitis	123	I
20	Apendicitis	111	II
21	Coqueluche	107	I
22	Gripe	92	I
23	Adenoiditis	91	II
24	Forunculosis	85	I
25	Toxicosis	79	II
26	Prematuridad	72	I
27	Tétanos	72	I
28	Meningitis	70	I
29	Cardiopatía congénita	68	I
30	Gastroenteritis	63	I
31	Parasitosis	63	I
32	Labio leporino	57	II
33	Encefalitis	50	I
34	Neumonía	48	I
35	Mastoiditis	46	I
36	Osteomielitis	40	II
37	Eczema	37	II
38	Piodermitis	37	I
39	Catarata congénita	41	I
40	Brucelosis	28	I
41	Complejo primario	27	I
42	Septicemia	25	I
43	Varicela	25	I
44	Leishmaniasis	17	I
45	Cardiopatía reumática	16	II
46	Impétigo	14	I
47	Atresia	13	II
48	Lúes congénita	12	I
49	Atricción	11	III
50	Atrepsia	8	I
51	Mal de Pott	8	I
52	Gastroenterocolitis	6	I
53	Salmonelosis	6	I

. Grupo I, enfermedades transmisibles; Grupo II, enfermedades no transmisibles. Grupo III, accidentes y lesiones

Fuente: Elaboración propia en base a los archivos del INSN

Tabla 6. Letalidad de las enfermedades. Hospital del Niño de Lima. Perú. 1960

No.	Diagnóstico	Egresos	Fallecidos	Altas	Porcentajes
1	Atrepsia	8	7	1	87,50
2	Septicemia	25	21	4	84
3	Tétanos	72	55	17	76,39
4	Prematuridad	72	55	17	76,39
5	Atresia	13	8	5	61,54
6	Bronconeumonía	1091	663	428	60,77
7	Gastroenteritis	63	35	28	55,56
8	Lúes congénita	12	6	6	50
9	Toxicosis	79	39	40	49,37
10	Cardiopatía congénita	68	29	39	42,65
11	Meningitis	70	29	41	41,43
12	Distrofia	135	52	83	38,52
13	Deshidratación	704	231	473	32,81
14	Tuberculosis	136	41	95	30,15
15	Encefalitis	50	14	36	28
16	Enterocolitis	190	50	140	26,32
17	Quemaduras	199	50	149	25,13
18	Varicela	25	6	19	24
19	Laringotraqueobronquitis	123	28	95	22,76
20	Coqueluche	107	22	85	20,56
21	Sarampión	439	84	355	19,13
22	Otitis	307	58	249	18,89
23	Neumonía	48	9	39	18,75
24	Atricción	11	2	9	18,18
25	Gastroenterocolitis	6	1	5	16,67
26	Cardiopatía reumática	16	2	14	12,5
27	Mal de Pott	8	1	7	12,5
28	Gripe	92	11	81	11,96
29	Forunculosis	85	10	75	11,76
30	Complejo primario	27	3	24	11,11
31	Bronquitis	257	28	229	10,89
32	Dispepsia	298	32	266	10,74
33	Osteomielitis	40	4	36	10
34	Poliomielitis	216	19	197	8,80
35	Mastoiditis	46	4	42	8,70
36	Eczema	37	3	34	8,11
37	Glomerulonefritis	130	9	121	6,92
38	Traumatismo encefalocraneano	154	9	145	5,84
39	Adenoiditis	91	5	86	5,49
40	Labio leporino	57	3	54	5,26
41	Fracturas	221	8	213	3,62
42	Apendicitis	111	3	108	2,71
43	Piodermitis	37	1	36	2,7
44	Hernias	285	7	278	2,46
45	Paracitosis	63	1	62	1,59
46	Amigdalitis	645	4	641	0,62

Fuente: Elaboración propia en base a los archivos del INSN.

Tabla 7. Movimiento de enfermos, Hospital del Niño de Lima, Perú,
1930 – 1960

Año	Egresos	Fallecidos	% mortalidad
1931	1498	424	28,30
1932	1359	487	35,83
1933	1491	489	32,80
1934	1897	487	25,67
1935	2147	583	27,15
1936	2554	765	29,95
1937	2345	757	32,28
1938	2471	735	29,74
1939	2799	664	23,72
1940	3786	828	21,87
1941	3532	641	18,15
1942	3600	702	19,5
1943	3766	609	16,17
1944	4359	779	17,87
1945	4755	846	17,79
1946	5431	942	17,34
1947	5254	943	17,95
1948	5263	955	18,15
1949	5213	966	18,53
1950	5648	1017	18,01
1951	6087	1115	18,31
1952	5995	1187	19,79
1953	5499	952	17,31
1954	5754	919	15,97
1955	6332	1090	17,21
1956	6292	1079	17,15
1957	6721	1198	17,82
1958	7444	1387	18,63
1959	7287	1381	18,95
1960	7297	1434	19,65

Fuente: Archivos del INSN y referencias bibliográficas

Comparación de la tendencia de la carga de enfermedad por grupos

La proporción de enfermedades transmisibles es más del doble de las enfermedades no transmisibles tanto en 1940, 1950 como en 1960.

Pero la tendencia es a disminuir en el grupo 1 y a aumentar en el grupo 2 (ver figura 2).

Las enfermedades descritas en los cuadros anteriores se dividieron en 3 grupos: I, II y III. Esta clasificación (Muray & López, 1996) ha sido fue usada y aceptada internacionalmente. Similar clasificación fue utilizada por el MINSA para el estudio de carga de enfermedad en el Perú (OGE, 2014).

El predominio de las enfermedades transmisibles es más del doble que las enfermedades no transmisibles en 1940, 1950 y 1960

Para definir si esta tendencia es significativa, se realizó la comparación de la tendencia por grupos de morbilidad usando el comando nptrend en el software estadístico STATA v.12. (.figura 3)

Se obtiene un valor z de -2.68, que resulta significativo con un valor $p = 0.007$. Esto quiere decir, que existe tendencia en los grupos observados. La tendencia es de disminución en los grupos I-III y de aumento en el grupo II.

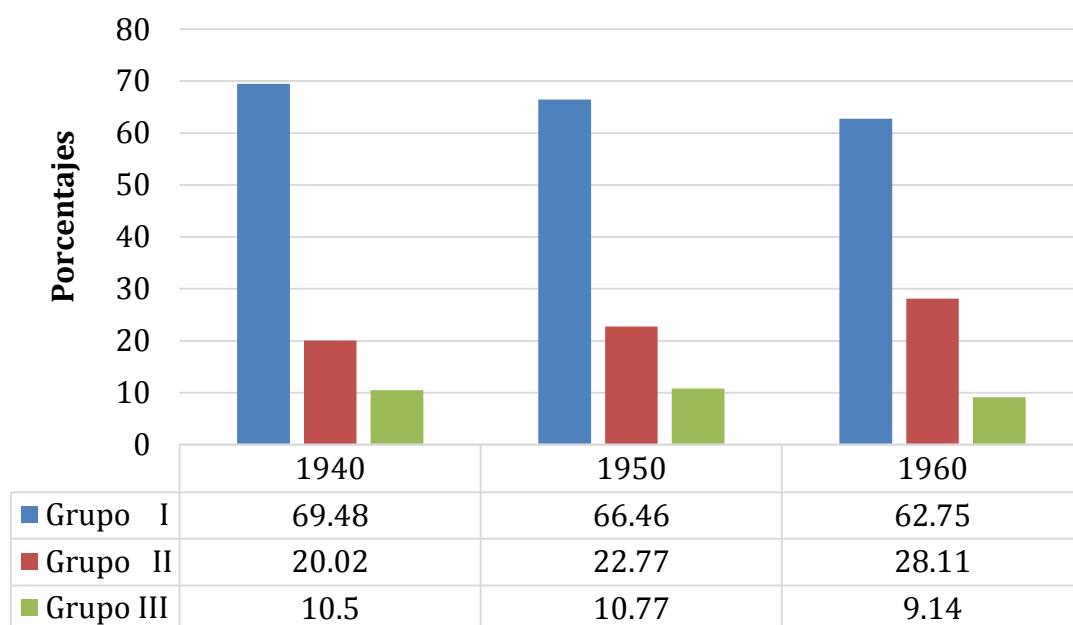
En la figura 2 se muestra la tendencia de los tres Grupos de enfermedad a lo largo del periodo de estudio. se observa que el grupo I, de enfermedades transmisibles, en todos los casos sobrepasan el 60 %, aunque con tendencia decreciente. El cociente entre Grupo II / Grupo I fue: 0,29 en 1940, 0,34 en 1950 y de 0,45 en 1960, lo que refleja la disminución de enfermedades del Grupo I y el aumento de enfermedades de Grupo II, de enfermedades no transmisibles.

El predominio de las enfermedades transmisibles es más del doble que las enfermedades no transmisibles.

En la figura 4, cuando se proyecta la tendencia hasta el año 2020, es notorio que el equilibrio entre las enfermedades transmisibles y no transmisibles se alcanza luego del año 2000. El grupo III que se refiere a accidentes y lesiones, por ejemplo quemaduras, muestra una tendencia descendente.

En la figura 5 notamos una tendencia descendente de la mortalidad hospitalaria. En la figura 6 una tendencia a aumentar los egresos y una tendencia a aumentar, pero mucho menos marcada de los fallecidos.

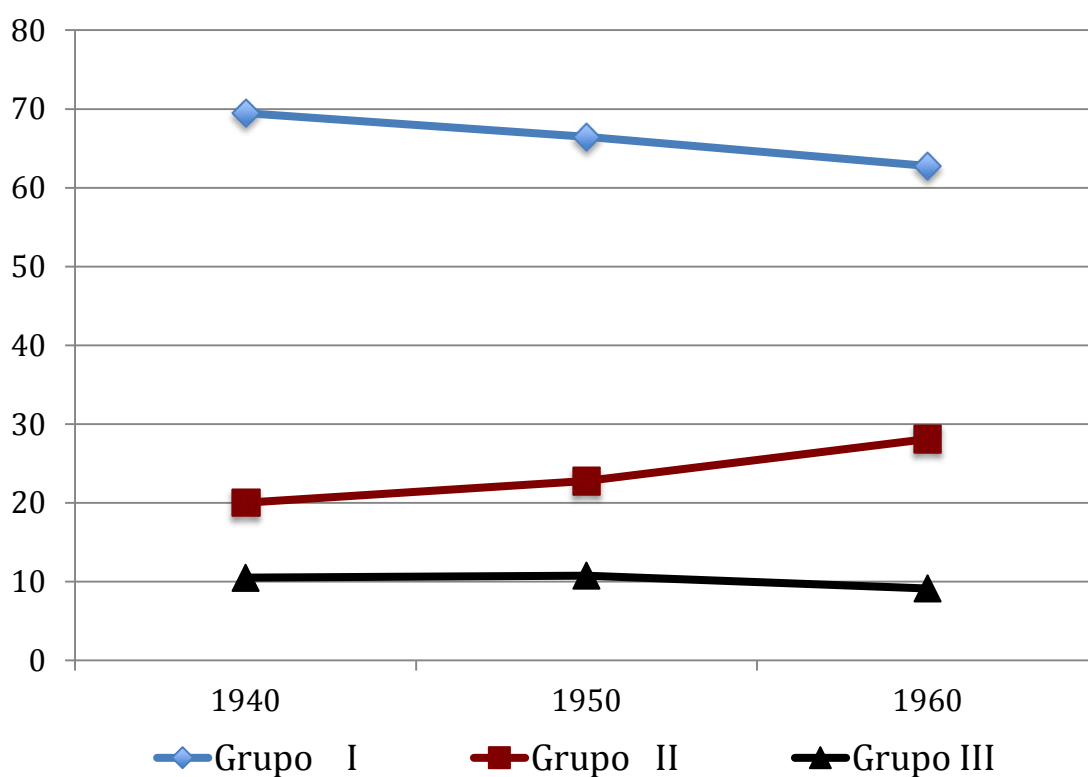
Figura 2. Morbilidad por grupos de enfermedades. Hospital del Niño de Lima, Perú; Años 1940, 1950 y 1960



FUENTE: Elaboración propia en base a los archivos del INSN (ex Hospital del Niño), Lima, Perú. Grupo I = enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y desnutrición; Grupo II = enfermedades no transmisibles; Grupo III = accidentes y lesiones

Nota: el software no acepta comas en vez de puntos para los datos numéricos

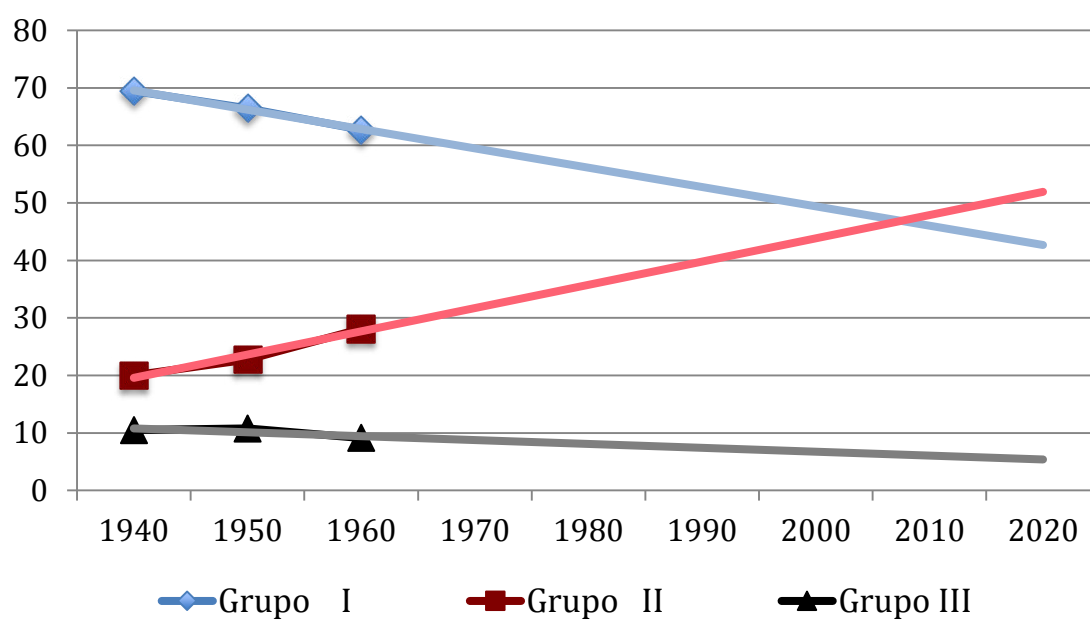
Figura 3. Comparación de la tendencia de por grupos de enfermedad.
Hospital del Niño de Lima, Perú; 1940, 1950 y 1960



FUENTE: Elaboración propia en base a los archivos del INSN (ex Hospital del Niño), Lima, Perú.

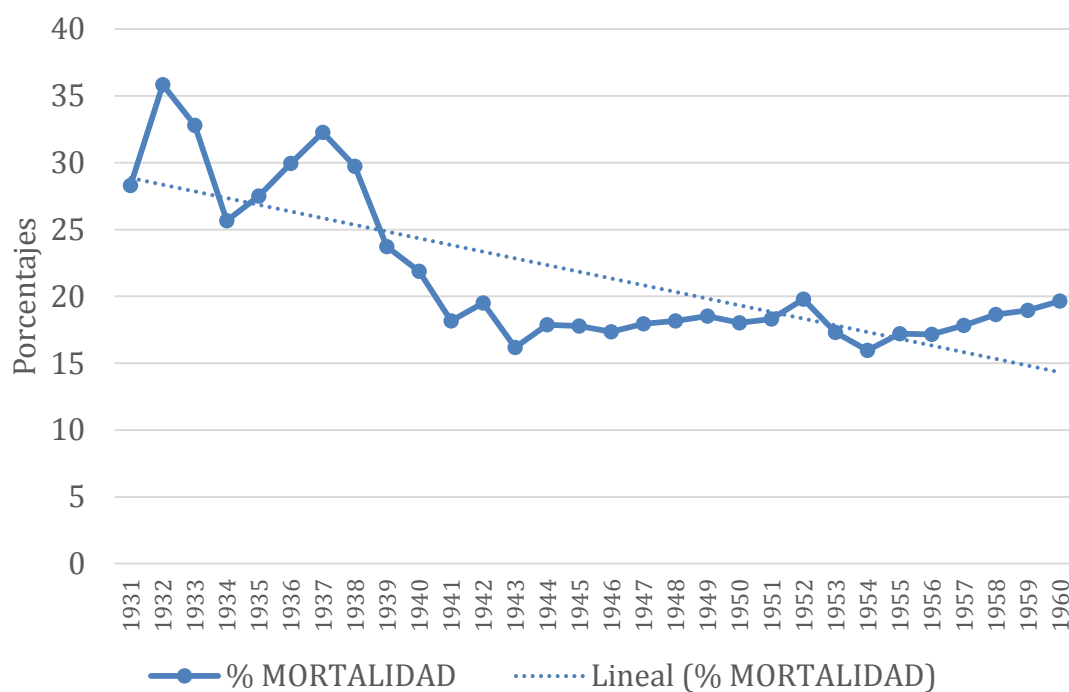
En el eje de la ordenada están los porcentajes de enfermedades por cada grupo y en la abscisa los años. Grupo I = enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y desnutrición; Grupo II = enfermedades no transmisibles; Grupo III = accidentes y lesiones

Figura 4. Proyección al 2020 de los grupos de enfermedad I y II



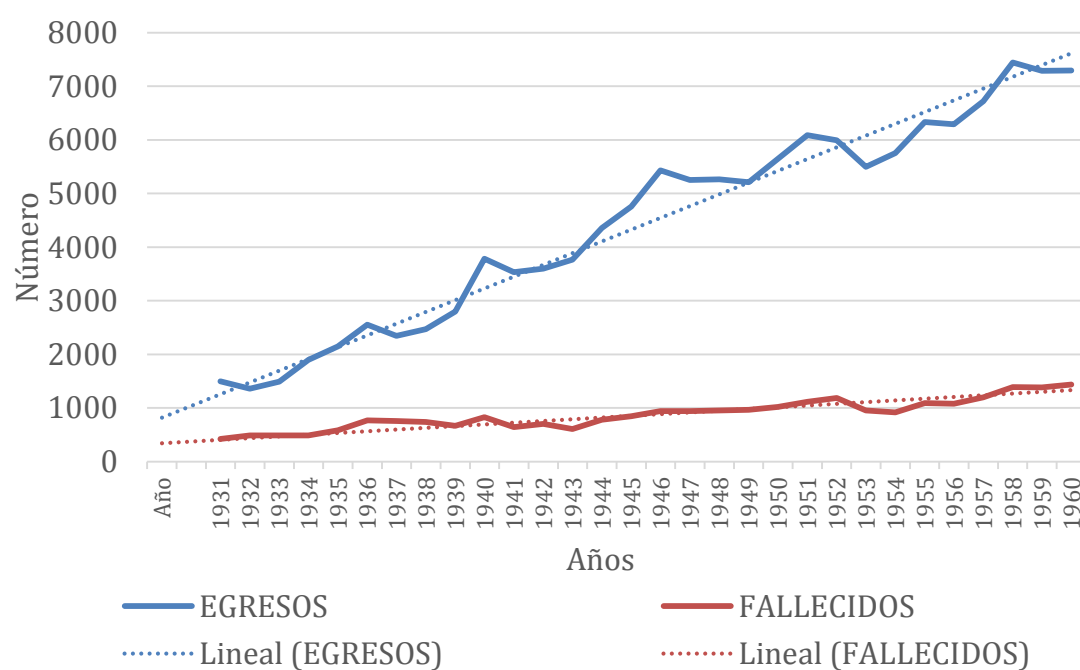
FUENTE: Elaboración propia en base a los archivos del INSN (ex Hospital del Niño), Lima, Perú.

Figura 5. Tendencia de la mortalidad en niños hospitalizados en el
Hospital del Niño de Lima Perú 1931 – 1960



FUENTE: Elaboración propia en base a los archivos del INSN (ex Hospital del Niño), Lima, Perú.

Figura 6. Tendencias de egresos y fallecidos. Hospital del Niño de Lima, Perú.
1931 – 1960



FUENTE: Elaboración propia en base a los archivos del INSN (ex Hospital del Niño), Lima, Perú.

CAPITULO 5: DISCUSIÓN

Las estadísticas hospitalarias no siempre reflejan con precisión lo que ocurre con el estado de salud de la población del país, máxime si el registro de causas de defunción, no cuenta con registros confiables (OGE, 2014), pero que podrían ser indicadores de lo que ocurre extrahospitalariamente.

Durante las primeras etapas estudiadas, es notoria la predominancia de las enfermedades transmisibles (Grupo I) sobre las enfermedades no transmisibles (Grupo II). Esta predominancia del Grupo I disminuye en años posteriores, pero hasta el año 1960 no llega a ser superada por el Grupo II.

Teniendo en cuenta la noción de transición epidemiológica en pretransicional, transicional y postransicional, se ha elaborado el indicador enfermedades no transmisibles entre las transmisibles (RNTT) (Valdez W et al, 2011). Los valores son: $> 0,8$ pretransicional, $0,8$ a $1,2$, transicional y $> 1,2$ postransicional. Nuestros datos claramente muestran que entre 1930 y 1960, el Hospital del Niño y probablemente el país estaba en la etapa pretransicional.

Estudios recientes (Velásquez, 2009) muestran claramente que estamos en la etapa postransicional, en la que se duplica la carga de enfermedades no transmisibles en relación con las enfermedades transmisibles. Esto tiene gran influencia en los planes de aseguramiento y las prioridades que debe afrontar el Ministerio de Salud. Las enfermedades no transmisibles constituyen la mayor cantidad de años de vida saludables perdidos (AVISA).

Y aunque la transición de la atención sanitaria (Frenk, 1991) condujo en la segunda mitad del siglo XX a la atención de la salud basada en hospitales y la adopción de tecnologías complejas y por otro lado a la atención primaria, lo observado en el Hospital del Niño se puede especular que tiene alguna correspondencia con lo que ocurría en el país.

La prevención de las enfermedades infectocontagiosas mediante vacunas se hacía desde la década de los 40: la antidiftérica, la antivariólica, la antitífica y la antioqueluchosa o contra la *Bordetella pertussis* (Filomeno, 1943).

En la década de los 50 se advierte la introducción y el uso masivo de antibióticos (penicilina, estreptomicina, sulfas, tetraciclinas y otras) y la aplicación de vacunas como la BCG y la antipolio, esta última así como la viruela, enfermedades ya erradicadas en nuestro país. Estas medidas deben de haber contribuido a la disminución de algunas de las enfermedades infecciosas e inmunoprevenibles, lo que se refleja en la disminución paulatina de las enfermedades del Grupo I y el aumento del grupo II. Las infecciones como causa de hospitalización habrían disminuido como se ha observado en otros estudios a lo largo de varias décadas (Adelou, 2010, Choudhury, 1991).

Un ejemplo notable es la disminución de la mortalidad por meningitis entre 1940, 1950 y 1960, con cifras correspondientes de 86,4 %, 64,5 % y 41,4 %. De acuerdo con la teoría de la transición epidemiológica (Omran, 1998) el periodo que se está revisando de 1930 a 1960 probablemente corresponda a una variante del modelo no occidental, de transición intermedia, como ocurre en otros países de Latinoamérica.

La transición epidemiológica polarizada y prolongada (Frenk, 1991) se explica porque el Perú es y ha sido un país con grandes inequidades entre las grandes ciudades y el campo, entre las diversas regiones, entre los más educados y los no educados, entre ricos y pobres (Huynen, 2005). La morbilidad mixta en que coexiste tanto las enfermedades infecciosas y las crónicas configura una transición no resuelta completamente. Por otro lado, la geografía agreste de nuestro país ha limitado el acceso a los establecimientos de salud.

El estudio de la incidencia y letalidad de las enfermedades de los años siguientes al presente artículo corroboraría nuestras apreciaciones.

CONCLUSIONES

(1) La proporción de enfermedades del grupo I son mayoritarios, más del 60%, que las enfermedades de los grupos II y III, en los años 1940,1950 y 1960.

(2) La tendencia de la morbilidad en los años 1940,1950 y 1960, es a la disminución de las enfermedades del grupo I y al aumento de las enfermedades del Grupo II.

(3) La mortalidad hospitalaria ha tenido una disminución progresiva desde 1931 a 1960

(4) No hay precisión en los diagnósticos. Casi no hay datos de morbimortalidad por género en las referencias bibliográficas.

(5) Los datos del estudio señalan que la morbilidad y la mortalidad del Hospital del Niño podrían ser un reflejo de la transición epidemiológica del país.

RECOMENDACIONES

- (1) Extender el estudio correspondiente en los años venideros desde 1960 y los siguientes años para corroborar la disminución de la morbilidad de las enfermedades transmisibles (grupo I).
- (2) Proseguir el estudio correspondiente en los años venideros desde 1960 y los siguientes años para corroborar el aumento de las enfermedades del grupo II (enfermedades no transmisibles).
- (3) Continuar los estudios de los grupos I, II y III y corroborar sus tendencias.
- (4) Mejorar la precisión de los diagnósticos de acuerdo al Clasificación Internacional de Enfermedades.
- (5) Precisar los datos de morbimortalidad por género en los siguientes años.
- (6) Extender los estudios de la transición epidemiológica polarizada y prolongado y su repercusión en la morbimortalidad del Hospital del Niño

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adeolu AA, Arowolo OA, Alatise OI, Osasan SA, Bisiriyu LA, Omoniyi EO, et al. (2010). Pattern of death in a Nigerian teaching hospital; 3-decade analysis. *Afr Health Sci*, 10(3): 266-72. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3035961/>
- Arce –Rodríguez E.M. (2000). Historia de la Pediatría Peruana. *Revista Peruana de Pediatría*, 53 (1-4): 6-14. Recuperado de : <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/rpp/v53n1-4/contenido.htm>
- Choudhury P, Kumar P, Puri RK, Prajapati NC, Gupta S. Childhood (1991) morbidity and mortality in a large hospital over last four decades, *Indian Pediatr.* 28(3):249-54.
- Dabout E (1967). Diccionario de Medicina.,. México D.F.: Editora Nacional
- Filomeno G (1943). Enfermedades infectocontagiosas de la infancia de la infancia y su prevención. *Revista del Hospital del Niño*. Año V, vol 5: 276-310.
- Frenk J et al. (1991) La transición epidemiológica en América Latina. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 111(6): 485-496. Disponible en <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/16560>
- Gomez RD (2001) La transición en epidemiología y salud pública: explicación o condena ? *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 19(2): 57-74
- Gómez Dantes H. y col. (2011) La carga de la enfermedad en países de América Latina. *Salud pública Méx*, 53 supl 2:S72-S77
- Garcés, Humberto (1952). *Tratamiento de la toxicosis del lactante fundamentado en su etiología y patogenia*, Scientific Electronic Library Online – Chile. Recuperada en Noviembre 17, 2012, del sitio Web temoa :Portal de Recursos Educativos Abiertos (REA) en <http://www.temoa.info/es/node/568874>.

- Garrahan Juan P (1950). Breve comentario crítico sobre el concepto, la denominación y la clasificación de los llamados trastornos nutritivos del lactante. *Rev. chil. pediatr. [Revista en la Internet]*. 1950 Nov [citado 2014 Abr 02] ; 21(11):481- 485. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41061950001100001>.
- Grisolle A (1846) Tratado elemental y practico de patología interna, Volumen 6. Embarazo gástrico (pp 324-28). Universidad Complutense de Madrid. La ilustración; Imprenta y Librería de Ignacio Boix; Madrid , 1846.
- Huynen, M., Vollebregt L, Martens P. Benavides B (2005) . La transición epidemiológica en el Perú. *Rev Panam Salud Pública*, 17(1), 51-59.
- Instituto Nacional de Salud del Niño. Memoria de Gestión 2008 – 2014. 2014.Lima. Disponible en <http://www.insn.gob.pe/sites/default/files/publicaciones/Memoria%20g14.pdf>
- Livi-Bacci, M. (1988), *Ensayo sobre la historia demográfica europea. Población y alimentación en Europa*. Editorial Ariel, Barcelona
- MacMahon, B., & Pugh, T. F. (1970). *Epidemiology: principles and methods*. [1st ed.] Boston: Little, Brown. Citado por Pareja R.H. Epidemiologia 2011. Mendoza, marzo 2011.
- McKeown, T. (1978), *El crecimiento moderno de la población*, Editorial Bosch, Barcelona.
- Morey G (1954) , Datos estadísticos de nuestro Hospital en 24 años 6 meses. *Revista del Hospital del Niño*, 15: 867- 868
- Murray, C.J. L, Lopez, A.D. World Health Organization, World Bank& Harvard School of Public Health. (1996). The Global burden of disease : a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020 : summary / edited by Christopher J. L. Murray, Alan D. Lopez. Geneva : World Health Organization. Disponible en <http://www.who.int/iris/handle/10665/41864?>

- Omran, Abdel R (1998) The epidemiologic transition theory revisited thirty years later. *World Health Statistics Quarterly*, 51:99-119.
- Omran AR (1971) The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 29: 509 – 538.
- Organización Panamericana de la Salud (1999) . Nueva lista 6/67 para la tabulación de datos de mortalidad CIE-10. *Boletín Epidemiológico*, 20(3):4-9.
- Hospital del Niño (1943) . Primer Congreso de Protección a la Infancia *Revista del Hospital del Niño*, vol 5: 233-45
- Rospigliosi E (1943) 10 años de enfermedades infecto contagiosas en el hospital del niño 1930-1939. *Revista del Hospital del Niño*. Año V, marzo de 1943, No. 14: 64-80.
- StataCorp (2011). Stata Statistical Software: Release 12. College Station, TX: StataCorp LP. 2011.
- Suarez L.A. (1940) Organización de los Servicios Hospitalarios del lactante. *Revista del Hospital del Niño*, Vol 2: 259-265.
- Tapia E (1957/. Algunos aspectos del movimiento general de enfermos en el Hospital del Niño 1957. *Revista del Hospital del Niño*. 20: 37-58
- Tapia E (1962) . Tapia E. (1958) Algunos aspectos del movimiento general de enfermos en el Hospital del Niño durante Movimiento asistencial del Hospital del Niño correspondiente al año 1961. *Revista del Hospital del Niño*. 1962; 24: 169-74
- Thompson, W. S. (1929): "Population". *American Sociological Review*, 34/6, pp. 959-975. <http://dx.doi.org/10.1086/214874>.
- Vera Bolaños M (2000) Revisión crítica a la teoría de la transición epidemiológica. *Pap. Poblac.* 6(25); Toluca jul./sep. 2000
- Valdez W, Miranda J, Ramos W. Situación de la transición Epidemiológica (2888(a nivel nacional y regional. Perú, 1990-2006. *Revista Peruana de Epidemiología*. 2011; 15(3): 1-5.
- Velásquez A. La carga de enfermedad y lesiones en el Perú y las prioridades del Plan Esencial de Aseguramiento Universal. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.*, 26(2): 222-31.